



Distretto Sanitario n. 39 - Bagheria

ELENCO DOCUMENTI DA PRODURRE PER LA SCELTA/REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) E DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)

NEL CASO DI RICHIESTA VIA EMAIL, SI RICHIEDE IL FORMATO .PDF DEGLI ALLEGATI

SCELTA /CAMBIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- documento di identità
- codice fiscale o tessera sanitaria
- autocertificazione di residenza (vedi pag. 2)
- nome e cognome del Medico che si desidera scegliere

SCELTA / CAMBIO PEDIATRA

- documento di identità del genitore
- codice fiscale o tessera sanitaria del bambino
- estratto di nascita
- autocertificazione di residenza (vedi pag. 2)
- nome e cognome del Pediatra che si desidera scegliere

REVOCA MEDICO DI MEDICINA GENERALE/ PEDIATRA

- documento di identità
- codice fiscale o tessera sanitaria
- autocertificazione in cui si specifica il motivo della revoca (vedi pag. 2)

Dichiarazione scelta Medico e Dichiarazioni sostitutive
ALL'A.S.P. PALERMO – DISTRETTO SANITARIO N°42 – UFFICIO ANAGRAFE ASSISTITI

Il sottoscritt _____ nat il _____ a _____

CHIEDE

L'ATTRIBUZIONE / REVOCA dei Medici di Medicina Generale e/o Pediatra sotto indicati a fianco dei componenti il proprio Stato di Famiglia (Inserire soltanto Coniuge e Figli minorenni):

ASSISTITI			MEDICI SCELTI O CONFERMATI		
	Cognome e Nome	Data e Luogo di nascita	Rapporto di Parentela	Cognome e Nome	Codice Regionale
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI ANCHE PENALI CUI VA INCONTRO, nel caso di dichiarazioni non veritiere, e/o di formazione o uso di atti falsi, con l'impegno di comunicare subito ogni loro variazione, avvalendosi della facoltà di cui al D.P.R. n° 445 del 28/12/2000,(artt. 38-46-76)

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA:

- di essere residente a _____ Via _____ n. _____ Tel. _____;
- di soggiornare per mesi (da 3 a 12) _____ a Palermo Via _____ n. _____;
per motivi di: Studio -
 Lavoro - presso _____ Tel. _____;
 Salute -
(come da Circolare n. 1000.116 dell'11-05-1984 – Ministero sanità e Accordo Stato Regioni 8 maggio 2003)
- di non essere in possesso dei libretti rilasciati dall'ASP/ASL di _____
agli assistiti sopra indicati ai numeri _____, perché _____;
- di impegnarsi a cercare accuratamente i suddetti libretti e, se ritrovati, di consegnarli subito all'ASP/ASL di competenza per evitare che l'eventuale uso improprio dei medesimi possa arrecare danni economici addebitabili anche allo/a scrivente;
- di essere Cittadini: ITALIANI, COMUNITARI, STRANIERI, non aventi diritto all'assistenza sanitaria a carico di altri Stati od organismi esteri in base a trattati e/o accordi internazionali bilaterali;
- di essere impossibilitato a presentarsi personalmente, per cui, assumendosene tutta la responsabilità per la consegna della presente ed il ritiro dei documenti, DELEGA il Sig./la Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____
via _____ documento di riconoscimento (allegato in copia)
n° _____ rilasciato il _____ da _____

ALTRE RICHIESTE E/O DICHIARAZIONI:

(se necessario continuare dietro e controfirmare).

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGATI:

- Tessere d'iscrizione o attestati di cancellazione dell'ASP/ASL di provenienza, codici fiscali, certificato medico conforme all'apposito modello,
- permessi di soggiorno o richieste di rinnovo (copie conformi originali), ricevuta versamento del _____ di Euro _____ sul c/c postale n°618900 intestato a Regione Siciliana per iscrizione volontaria anno 20____, dichiarazione prima visita del Pediatra,
- fotocopia documento/i di riconoscimento, autorizzazione di deroga al territorio Prot. n° _____ del _____

Data _____, firma leggibile del Dichiarante _____

(firmare davanti al dipendente addetto esibendo un documento di riconoscimento valido con relativa fotocopia, ovvero firmare e consegnare ad un incaricato, unitamente ad una fotocopia del proprio documento di riconoscimento valido).